

ATUAÇÃO DO ESTETICISTA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA¹

PERFORMANCE OF THE AESTHETICIST IN THE PRE AND POST-OPERATIVE OF ABDOMINOPLASTY

.....

Alexsandra Soares Bessa Franco
bessabrandaosophia@gmail.com

Wanessa de Oliveira Souza
wanessaoliveirasouza1992@gmail.com

R E S U M O

A estética está em evidência. A eficiência de uma cirurgia plástica não depende somente do seu planejamento cirúrgico. A preocupação com os cuidados no pré e pós-operatório tem demonstrado fator preventivo de possíveis complicações e promoção de um resultado estético mais satisfatório. A abdominoplastia é uma cirurgia comum entre as mulheres, e sua realização acontece normalmente após perda de peso excessivo, perda da musculatura e após a gestação.

O estudo realizado teve como propósito analisar a atuação do esteticista antes e após a realização da cirurgia de abdominoplastia, verificando se os métodos adotados são efetivos para o melhor restabelecimento do paciente, e evitar possíveis intercorrências. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática em destaque em livros e periódicos. Este artigo também é observacional e descritivo. Caracteriza-se por um estudo de prevalência realizado com um grupo de oito pacientes do sexo feminino que previamente foram submetidas a uma cirurgia de abdominoplastia, na cidade de Belo Horizonte Minas Gerais. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado e investigativo sobre o pré e pós-operatório da abdominoplastia. Conclusão: A estética está fundamentada em conceitos científicos sólidos e muito tem contribuído tanto no pré quanto no pós-operatório, prevenindo e/ou tratando as respostas advindas das intervenções cirúrgicas, possibilitando ainda a diminuição da ansiedade pós-operatória, edemas recorrentes do trauma cirúrgico, fibroses e cicatrizes.

Palavras-chave: Abdominoplastia; Pré e pós operatório; Esteticista; Eletroterapia; Drenagem linfática.



Este trabalho está licenciado sob uma Licença
Creative Commons Attribution 3.0.

1 Artigo apresentado como requisito parcial para conclusão do Curso de Bacharelado em Estética.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - SBCP (2019), o índice de cirurgias plásticas estéticas tem crescimento contínuo no Brasil, a busca por beleza e corpo perfeito faz com que a procura pelas cirurgias plásticas aumente a cada dia.

A abdominoplastia se baseia na correção estética da parede abdominal que pode estar alterada devido a vários fatores, dentre eles estão às sucessivas gestações, amplo emagrecimento, excesso de tecido adiposo na parede abdominal e porção inferior do abdômen e flacidez da muscular (Cardoso, 2013).

No resultado pode ocorrer a redução de peso devido à retirada de excesso de pele e tecido adiposo, no entanto os abdomens que apresentam os melhores resultados são aqueles em que se fazem as menores retiradas (Mauad, Naressi & Banzato, 2011).

No que se refere ao pós-operatório podem ser observadas várias alterações. Dentre elas ocorrem edema acentuado, equimose na região pubiana e/ou flancos, hipoestesia, seroma abaixo da cicatriz e hematomas (Guirro & Guirro, 2012).

Consequências tardias à cirurgia também devem ser evitadas e tratadas, como cicatriz hipertrófica, queloides, aderências cicatriciais, dor, flacidez e fraqueza muscular, fibrose e perda da sensibilidade (Guirro & Guirro, 2012).

Os sintomas do pós-operatório podem ser reduzidos pelo atendimento do especialista por meio de procedimentos e técnicas pré e pós-operatórias. Observa-se a diminuição do edema e hematomas, com favorecimento da neoformação vascular e nervosa, além de prevenir ou minimizar a formação de cicatrizes hipertróficas ou hipotróficas, retrações e queloides (Guirro & Guirro, 2012).

Diante deste cenário e a partir da oferta de diversos procedimentos em clínicas de

estética dotadas de equipamentos modernos e recursos tecnológicos inovadores, espera-se com esse artigo verificar a relação entre esses procedimentos pré e pós-operatórias de abdominoplastia e a eficácia da cirurgia.

Considerando que o sucesso da cirurgia plástica, não depende apenas do procedimento cirúrgico e do cirurgião, mas, também de uma abordagem pré e pós-operatória e embasamento técnico científico e experiência (Guirro & Guirro, 2012), o problema da pesquisa tem como pergunta norteadora: Como o esteticista pode atuar no pré e pós-operatório de abdominoplastia para diminuir ou evitar as possíveis intercorrências?

Para responder à pergunta norteadora apresentada no problema da pesquisa, este estudo teve como objetivo descrever a atuação do esteticista e os benefícios dos procedimentos estéticos no pré e pós-operatório de abdominoplastia; e, especificamente identificar técnicas usadas no pré e pós-operatórios; descrever os resultados apresentados pela literatura científica; analisar as melhores práticas e demonstrar a importância da atuação do esteticista no pré e pós-operatórios de abdominoplastias.

Justifica-se essa pesquisa por considerar importante a apropriação da literatura para avançar no conhecimento em relação a procedimentos pré e pós-operatórios de abdominoplastia, principalmente sobre a atuação do esteticista nesse contexto.

Esse estudo foi organizado em introdução, onde está exposto o tema, problema, objetivos e justificativa; referencial teórico, no qual se encontra o estudo da literatura em relação ao objetivo proposto; metodologia, que descreverá o percurso metodológico adotado; e, finalmente as considerações finais, com os achados importantes sobre a atuação do esteticista no pré e pós-operatório de abdominoplastias.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Abdominoplastias ou Dermolipectomias abdominais

Para Santos, Cândido & Silva (2013) no início do século XIX, houve mudanças no padrão estético de beleza, as pessoas procuram mais intervenções cirúrgicas por ser um método rápido, eficaz e sem tanto esforço. Atendendo essas características a abdominoplastia é uma cirurgia muito solicitada e consiste na retirada de tecido abdominal excedente, através de uma incisão supra púbica com transposição do umbigo e com a plicatura dos músculos reto-abdominais,

geralmente associa-se a lipoaspiração, cujo objetivo é remover o excesso de gordura através de finas cânulas, proporcionando uma redefinição corporal.

Vieira & Netz (2012) afirmam que o Brasil está classificado como o segundo no mundo, em número de cirurgias plásticas; A mídia é a responsável por propor um “padrão de beleza”; As cirurgias plásticas, quando realizadas com indicações pertinentes, podem proporcionar transformações, ajudando as pessoas a melhorarem sua autoestima e com isso a qualidade de vida. No tocante a abdominoplastia, o quadro a seguir apresenta a abordagem conceitual dada por vários autores.

Quadro 1 – Definições de abdominoplastia

Referência	Definição
Migotto e Simões (2013)	Abdominoplastia é uma correção estética e funcional da parede abdominal, devido alterações por flacidez muscular, emagrecimentos em excesso, gestações sucessivas, diástase abdominal, extenso depósito de tecido adiposo na parede abdominal e hérnias.
Cabral (2012)	Abdominoplastia é uma cirurgia plástica do abdome realizada sob anestesia peridural com sedação, podendo ser geral a critério da equipe cirúrgico-anestésica e normalmente dura em torno de 3 a 5 horas. Caracteriza-se pela remoção de gordura localizada na região inferior do abdome, além da flacidez de pele ao redor do umbigo e estrias.
Sousa (2010)	A abdominoplastia pode estar associada a uma lipoaspiração, com a intenção de proporcionar retirada de excesso de gordura através de finas cânulas, permitindo uma redefinição global do tronco.
Lange (2012)	A abdominoplastia consiste nos seguintes procedimentos: Uma incisão transversa baixa; Deslocamento da pele até o processo xifoide e rebordo costais; Tratamento de toda parede músculo-aponeurótica; Confeção de uma nova cicatriz umbilical, chamada de onfaloplastia e a retirada do excesso dermo-adiposo; Colocação de drenos; a fixação da porção inferior do retalho e a sutura do retalho na região supra púbica, com fio absorvível.
Borges (2006)	A abdominoplastia é indicada para pacientes com moderada ou acentuada flacidez cutânea associada à lipodistrofia localizada ou generalizada, com ou sem hérnias da parede abdominal, com o objetivo de restabelecer o contorno corporal, eliminando o excesso cutâneo e o tecido adiposo, quando possível; e corrigir a flacidez muscular e eventuais hérnias. Está contraindicada quando houver flacidez tecidual mínima, em pacientes com alterações pulmonares, diabetes e grandes tabagistas por existir risco de necrose tecidual.

Referência	Definição
Evans (2007)	Os procedimentos operatórios utilizados para modificar o contorno e a forma do abdome incluem a abdominoplastia, ou a dermolipectomia clássica; a abdominoplastia modificada ou “mini abdominoplastia” e a abdominoplastia circunferencial ou em cinto.
Garcia & Borges (2006)	A abdominoplastia é uma das intervenções cirúrgicas habitualmente realizadas, apesar da cicatriz ser extremamente antiestética e agressiva.
Cabral (2010)	As principais técnicas para abdominoplastia são: a mini abdominoplastia sem descolamento do umbigo, trata somente a porção inferior do umbigo, por isso não há necessidade de reposicioná-lo; a mini abdominoplastia com descolamento do umbigo, suturado 2 a 3 centímetros abaixo da posição original; abdominoplastia clássica na qual se trabalha todo o abdome anterior na qual se retira uma grande parte de tecido abdominal inferior e confecciona-se um novo orifício para o umbigo; a abdominoplastia com descolamentos mínimos e a lipoabdominoplastia procede-se a lipoaspiração do retalho abdominal procurando liberá-lo da musculatura sem lesão dos vasos; há tratamento dos excessos cutâneos inferiores e confecção de um novo orifício umbilical.
Ribeiro (2006)	A abdominoplastia é realizada sob anestesia peridural com sedação, ou geral a critério da equipe cirúrgico-anestésica. Normalmente dura em torno de 3 a 5 horas. Em todas as técnicas são realizados pontos internos do retalho. Pequenas depressões podem ser perceptíveis na parede abdominal e retrocedem na medida em que o edema regride. São dados pontos internos e externos que serão retirados conforme a programação no pós-operatório. Na maioria das vezes são colocados drenos que poderão ser removidos entre 24 a 96 horas de pós-operatório, de acordo com a avaliação médica. É realizado curativo local e utilizado modelador cirúrgico juntamente com espuma de algodão nos primeiros 30 a 60 dias, ou de acordo com a recomendação específica para cada caso.
Pitanguy (2015)	Divide as deformidades abdominais em duas categorias: alterações estéticas e funcionais. Os defeitos estéticos são aqueles que modificam o contorno corporal e devem-se principalmente à flacidez da parede abdominal, acúmulo de gordura e enfraquecimento músculo-aponeurótico.
Baroudi, Keppke, & Netto (2000) Castañares & Goethel, (2007) Dardour & Vilair, (2008) Hakme (2003) Jaimovich (2004).	A cirurgia plástica abdominal tem por finalidade a correção das alterações da parede abdominal, desde as que afetam a cobertura tegumentar até as que afetam a estrutura músculo-aponeurótica, procurando atingir o padrão compatível com o que se considera “normal” para o contorno corporal.

Fonte: Desenvolvido pelas autoras.

Corroborando com as ideias dos autores acima podemos definir que a abdominoplastia é um procedimento em que se remove o excesso de gordura e de pele da região abdominal e, na maioria dos casos, restaura os músculos enfraquecidos ou separados,

criando um perfil abdominal mais suave e tonificado. O conhecimento sobre os aspectos cirúrgicos são fundamentais para uma boa atuação do esteticista no pré e pós-operatórios de abdominoplastias.

2.2 Complicações do pós-operatório

Independentemente das técnicas empregadas, ainda é um procedimento com índice relativamente alto de complicações, porém de fácil manejo e bom prognóstico. As complicações pós-operatórias incluem hematoma, infecção, deiscência, irregularidades, depressões, aderências, edema, fibroses, cicatrizes mal posicionadas, cicatrizes hipertróficas e queloidianas, equimose, necrose, seroma, depressões e excessos cutâneos. São situações que podem variar de acordo com cada cirurgia e a técnica aplicada (Guirro & Guirro, 2012; Borges, 2006; Janete, Janete & Barbosa, 2005; Soares, Soares & Soares, 2005).

Tais complicações poderão ser evitadas, na grande maioria dos casos, pela correta indicação da cirurgia e pelo respeito aos princípios técnicos que a norteiam, associados também com os cuidados específicos, que devem ser tomados tanto no pré, inter e pós-operatório, tanto pelo médico quanto pela equipe multidisciplinar que geralmente está acompanhando o paciente (Souza, Erazo, Muniz, & Abdalla, 2009).

A formação do seroma é a mais frequente complicação local na abdominoplastia. Quando presente, o tratamento dos seromas é realizado pela equipe médica, com punções seriadas e terapia compressiva, e, em geral, este problema é resolvido sem maiores problemas. Nos casos em que o seroma é volumoso, ou mesmo persistente após múltiplas punções, a nova intervenção cirúrgica, ocasionalmente, e a inserção de drenos são necessárias (Gempeli & Mendes, 2019).

A infecção é a segunda complicação local mais comumente observada em abdominoplastias, sob a forma de infecção da ferida operatória e/ou seroma infectado (Gempeli & Mendes, 2019; Matarasso, Swift, Rankin, 2006; Neaman, Armstrong, & Baca, 2013).

Pacientes imunossuprimidos, desnutridos e diabéticos são mais propensos à infecção pós-operatória, especialmente se associados à obesidade (Rogliani et al. 2006; Murshidd et. al., 2010; Gempeli & Mendes, 2019).

Tabagismo também aumenta o risco de infecção, conforme estudo de Manassa (2003). Isto é explicado pela vasoconstrição decorrente dos agentes presentes no cigarro, que alteram a microcirculação cutânea, diminuem a imunidade celular intrínseca, além de necrose tecidual e, por vezes, seroma oculto (Manassa, 2003).

Quando presentes, os sinais clássicos de infecção (dor, calor, rubor, endurecimento, eritema), devem ser realizados pela equipe médica uma hipótese diagnóstica de infecção da ferida operatória ou seroma infectado, e iniciar antibioticoterapia direcionada em conformidade com a cultura e antibiograma do material retirado para exame. Nos casos refratários a este tratamento, uma nova abordagem cirúrgica com ampla drenagem deve ser discutida (Gempeli & Mendes, 2019).

A necrose cutânea em abdominoplastias pode se apresentar desde formas simples, como epiteliólise autolimitada e pequenas deiscências, até necroses extensas com perda de substância em planos profundos. Necrose isolada do umbigo, por sua vez, pode ocorrer em raros casos, geralmente decorrente de plicatura excessiva ao redor desta estrutura (Gempeli & Mendes, 2019; Matarasso, Swift, & Rankin, 2006; Neaman, Armstrong, & Baca, 2013).

Tabagismo é reconhecido como principal fator de risco para essa condição, uma vez que triplica as chances de evolução para necrose cutânea. O paciente deve abandonar o hábito de fumar por, pelo menos, dois meses antes do procedimento cirúrgico (Gempeli & Mendes, 2019; Manassa, Hertl, & Olbrisch, 2003).

No pós-operatório, deve-se evitar uso de cintas ou similares muito apertadas. Grandes hematomas, seroma oculto e infecção também devem ser investigados e tratados prontamente pela equipe médica (Gimpeli & Mendes, 2019). Também deve-se evitar cirurgias prolongadas e associação com outras cirurgias estéticas no mesmo ato cirúrgico, fatores conhecidos de aumento de risco para aumento de morbidade pós-operatória (Hardy et al., 2014; Gupta et al., 2015).

Quando estabelecida, a pequena necrose e/ou deiscência deve ser manipulada de maneira conservadora. A maioria destes casos

é tratada com curativos, pomadas hidratantes e desbridantes químicos, com período de recuperação que pode levar de semanas a meses (Gimpeli & Mendes, 2019).

As necroses extensas e profundas devem ser manejadas com desbridamento cirúrgico de modo a estimular formação de tecido de granulação e propiciar resutura, fechamento primário retardado, enxertia cutânea ou mesmo cicatrização por segunda intenção. Estratégias como oxigenoterapia hiperbárica e terapia por pressão negativa têm benefício comprovado, e podem ser indicadas quando necessário.

Figura 1: Necrose abdominal e seroma infectado decorrente de lipoaspiração e abdominoplastia. Paciente no vigésimo pós-operatório de lipoaspiração e abdominoplastia, admitida com febre e saída de secreção purulenta pela ferida operatória. **A:** Necrose abdominal; **B:** Seroma infectado; **C:** Tecido de granulação decorrente de desbridamento e terapia por pressão negativa; **D:** Resultado final após enxertia.



Fonte: Gemperli & Mendes (2019).

Figura 2: Assimetria e cicatriz inestética decorrente de cicatrização por segunda intenção em necrose abdominal pós lipoaspiração e abdominoplastia. Paciente em pós-operatório tardio de lipoaspiração e abdominoplastia com relato de tabagismo e uso de cinta apertada no pós-operatório. Evoluiu com necrose do retalho abdominal transposto da região supraumbilical. Manejada com desbridantes químicos tópicos e antibioticoterapia, evoluiu com cicatriz inestética por segunda intenção e mau posicionamento do umbigo por retração cicatricial.



Fonte: Gemperli & Mendes (2019).

Com incidência próxima a 2%, hematoma é a terceira complicação local mais frequente em abdominoplastias. O principal fator de risco para ocorrência de hematoma é alteração pressórica intra e pós-operatória, hemostasia inadequada e coagulopatias preexistentes. Não foi identificado aumento do risco para hematoma quando há associação com lipoaspiração. Presença de dreno não previne formação de hematoma, porém, a mudança do débito e do aspecto da drenagem serve para verificar ocorrência de hematoma. Muitas vezes, o hematoma é assintomático ou não diagnosticado, e não gera maiores consequências. Entretanto, hematomas volumosos podem evoluir com instabilidade hemodinâmica e compressão do retalho descolado, o que pode propiciar necrose cutânea, e devem ser prontamente explorados (Figura 4) (Samra et al., 2010; Hensel et al., 2001).

Figura 4: Hematoma volumoso pós-abdominoplastia. Paciente em pós-operatório recente de abdominoplastia que evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Submetida à drenagem de urgência de volumoso hematoma decorrente de sangramento de vaso perfurante abdominal (não identificado). Nota-se que o dreno presente não preveniu a formação do hematoma.



Fonte: Hensel et al. (2001)

As demais complicações locais de apresentação tardia são decorrentes, geralmente, de resultado estético insatisfatório. Cicatrizes hipertróficas podem decorrer de fechamento com tensão excessiva e devem ser manejadas com massagem, placas de silicone específicas e, por vezes, com infiltração de corticoide injetável (Gemperli & Mendes, 2019).

Correção cirúrgica é uma alternativa nos casos refratários, assim como nas cicatrizes inestéticas, alargadas ou decorrentes de cicatrizações por segunda intenção pós-necrose, ou deiscência da ferida operatória (Gemperli & Mendes, 2019).

Cicatriz queloidiana deve ser abordada com cautela e, de preferência, com beta-terapia adjuvante de modo a evitar piora e recidiva da lesão. Assimetria de contorno corporal pode ser decorrente de mal resultado de plicatura da diástase dos músculos retoabdominais. Esta pode ocorrer em virtude de frouxidão da sutura, ruptura ou mesmo de tensão excessiva e consequente isquemia (Gemperli, & Mendes, 2019).

Alguns autores recomendam plicatura em duas camadas de modo a formar uma fibrose mais persistente, porém, há o risco teórico de isquemia e consequente deiscência aponeurótica (Gemperli & Mendes, 2019).

Macedo (2011) descreve a fibrose como ondulações que surgem na área lesionada, em maior ou menor grau. Esta disfunção se traduz na produção de colágeno de maneira desordenada e desorganizada, levando a produção de ondulações, que podem causar repuxamento e dor ao paciente.

Kede e Sabatovich (2003) afirmam que a fibrose está associada a existência de defeitos na cicatrizações em função do excesso de produção da matriz extracelular e pelo elevado índice de mitose dos fibroblastos dérmicos, existindo, portanto, desregulação

entre a proliferação e a apoptose dessas células. Deste modo, entende-se que, para evitar a formação de fibrose, deve-se atuar terapêuticamente logo no início da resposta a agressão tecidual, quando ocorre a síntese de colágeno.

Acúmulo de gordura localizada, ressecção insuficiente de pele e mal posicionamento da cicatriz também são fatores de contorno corporal insatisfatório pós-operatório. Estes casos devem ser avaliados cautelosamente e indicada nova abdominoplastia e/ou lipoaspiração, quando necessário.

Casos de neuralgia/dor crônica decorrem, geralmente, de lesão inadvertida do nervo cutâneo femoral lateral. Para tal, é aconselhado dissecação cuidadosa próxima à espinha ilíaca anterossuperior. A dor é, geralmente, sob a forma de parestesias e “pontadas” ao longo dos dias, geralmente autolimitada. O tratamento, quando ocorre neuralgia persistente, consiste em massagem e analgésicos comuns, associados ou não a anticonvulsivantes como amitriptilina e gabapentina. Nos casos refratários, exploração cirúrgica visando a liberação do nervo enclausurado ou ressecção de um neuroma, pode ser necessária (Gemperli & Mendes, 2019).

Guirro e Guirro (2012) definem o edema como um acúmulo excessivo de fluidos nos tecidos, sendo altamente benéfico, pois é uma resposta do organismo sinalizando que há indícios de reparação tecidual.

De acordo com Yamaguchi e Sanches (2003), o hematoma ocorre devido ao acúmulo de sangue na região lesionada, devido ao rompimento dos capilares na área afetada. Já o seroma ocorre devido ao amplo deslocamento do retalho abdominal sendo caracterizado pelo excesso de líquido de coloração amarela que fica retido no tecido subcutâneo (Oliveira, 2008).

Outra resposta que ocorre a agressão do tecido é a fibrose que aparece por baixo da pele logo na fase proliferativa que vai até 21 dias do pós operatório, à medida que o processo cicatricial evolui, o tecido de granulação transforma-se em um tecido mais fibroso e menos vascular até se tornar, tecido fibroso denso (Low, & Reed, 2001). Esse novo tecido de início é frágil e posteriormente pode virar a tornar-se rígido e doloroso (Angelim, 2010).

2.3 Tratamentos estéticos

De acordo com Borges (2006) além do planejamento cirúrgico a eficiência de uma cirurgia plástica depende também da intervenção e cuidados antes e depois do procedimento, o que tem evidenciado fator preventivo de possíveis complicações e promoção de um resultado estético mais satisfatório.

Novos protocolos de tratamento vêm sendo utilizados na tentativa de reduzir as complicações citadas anteriormente. Dentre os recursos utilizados nestes protocolos, podemos citar os recursos manuais (drenagem linfática manual - DLM e massagem manual), cinesioterapia, ultrassom, laser terapêutico, os eletroterápicos como: estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), radiofrequência, a vacuoterapia, a crioterapia, a fototerapia, a termoterapia, o uso dos Leds, entre outros (Guirro & Guirro, 2012; Borges, 2006; Tacani & Cervera, 2004; Agne & Jones, 2009; Prentice, 2004).

2.3.1 Drenagem linfática manual

Publicadas por Vodder em 1936 as manobras fundamentais de Drenagem Linfática Manual (DLM), foram denominadas e

classificadas em círculos verticais, bombeamento, manobras de tração e de torção. Para Elwing e Sanches (2010) a técnica de Vodder baseia-se em movimentos monótonos, lentos, harmoniosos, suaves e rítmicos, respeitando sempre o sentido do fluxo linfático superficial em direção ao terminal (subclavicular), onde finda a circulação linfática.

Segundo Godoy, Godoy e Godoy (2011) a drenagem linfática manual constitui em um dos grandes pilares do tratamento do linfedema e contribui para transformar a abordagem clínica na principal forma de tratamento, foi desenvolvida a partir de um estudo observacional e divulgada nas décadas de 60 e 70 despertando interesse de alguns médicos em razão dos resultados obtidos. Elwing e Sanches (2010) afirmam que para o desenvolvimento das manobras práticas da DLM, levaram em consideração as técnicas de Vodder e de alguns de seus seguidores que continuaram as pesquisas e puderam comprovar a eficácia de alguns movimentos, maximizando algumas manobras e acrescentando outras como as manobras profundas e especiais, visando potencializar os resultados.

2.3.2 Ultrassom

O ultra-som (US) na frequência de 3MHz é bastante utilizado na fase inflamatória, atua estimulando o reparo tecidual sendo que seu efeito benéfico tem sido demonstrado sobre diversos tecidos destacando-se o aumento da angiogênese, do tecido de granulação, do número de fibroblastos e da síntese de colágeno, além da diminuição de leucócitos e macrófagos. Existem evidências que demonstram a eficácia do US nas diferentes fases do reparo. Sua utilização no PO

de cirurgia plástica auxilia na reabsorção de hematomas, reduzindo as chances de formação fibrótica, previne a formação de cicatrizes hipertróficas e queloides, e ainda melhora a nutrição celular, reduzindo o edema e a dor, consequências da melhora da circulação sanguínea e linfática (Silva, 2012).

Dentre os recursos térmicos, a utilização do calor no PO visa melhorar a qualidade do tecido cicatricial, tratando as fibroses e aderências. Sua utilização é de grande importância a partir do momento e que se avalia a presença de fibroses, normalmente na fase proliferativa. No entanto, para alcançar o nível terapêutico de aquecimento a temperatura atingida nos tecidos deve situar-se entre 40º e 45º, abaixo desse nível os efeitos do aquecimento são considerados insuficientes (Silva et al., 2012).

O US proporciona através de seus efeitos térmicos e não térmicos o aumento da velocidade de reparo dos tecidos e cura das lesões, aumento do fluxo sanguíneo, aumento da extensibilidade do tecido, dissolução dos depósitos de cálcio e redução da dor, por meio da alteração da condução nervosa e alterações da permeabilidade da membrana celular. Além dos benefícios já citados, a reabsorção de hematomas estimulada pelo US é fundamental na primeira fase do tratamento PO evitando que fibroses se instalem como consequência (Silva, et al., 2012).

2.3.3 Crioterapia

A crioterapia é outro recurso térmico disponível contribuinte para o PO nas cirurgias plásticas. Verifica-se que o frio causa vasoconstrição diminuindo o fluxo sanguíneo regional e consequentemente, a hemorragia

na área traumatizada, limitando, portanto, o trauma tecidual. Sua ação é atribuída à vasoconstrição imediata das arteríolas e vênulas, e ainda a redução tanto do metabolismo celular como das substâncias vasoativas, tais como histamina. Trata-se de uma técnica bastante utilizada, de baixo custo, relativamente de fácil manuseio e eficaz na redução da dor, edema e inflamação (Mezzalira, 2007).

2.3.4 Laser

A Palavra Laser é inglesa e sua abreviação Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation, que significa a emissão de luz por radiação. Em 1960 foi criado o primeiro laser de rubi, desde então os lasers, começaram a trabalhar com os cirurgiões, utilizados para cortar e destruir o tecido, assim alguns pesquisadores viram o seu potencial em radiação de baixa intensidade, causando alguns fatores como fotobiestimulação do processo de cicatrização dos tecidos (Silva, 2012).

As características transmitidas pela a luz do laser ou é invisível, ou de lâmpada infravermelho, contudo é agrupamento de ondas eletromagnéticas de propriedades específicas como monocromaticidade que é o comprimento de onda, caracterizado pelo deslocamento das ondas ordenadamente, e polarização que direciona os feixes de luz em algum ponto fixo (Mezzalira & Frederico, 2007).

Os efeitos fisiológicos do uso do laser é aumentar a circulação das artérias, vênulas, melhorar a circulação, regeneração, reparação, recrutar o colágeno, angiogenese (Mezzalira & Frederico, 2007).

2.3.5 Fototerapia e Leds

O efeito da fototerapia laser ou LED no processo inflamatório, provoca o aumento do fluxo linfático e da atividade de neutrófilos e macrófagos reduzindo assim o edema e estimulando a resposta imune; aumenta a formação de colágeno, estimula a formação de fibroblastos, aumento da circulação lateral e micro circulação (ESPER, 2010).

A maioria dos autores afirma que a energia a depositar num tecido deve se situar entre 1 a 6 J/cm², sendo porém o terapeuta que deverá definir a dosagem para cada caso, levando-se em consideração o tipo de patologia, a profundidade da lesão, tipo de lesão, o tipo de tecido, objetivo da terapia, cor da pele, idade do paciente e sua condição sistêmica, entre outros itens analisados na anamnese (Deterling et al., 2010).

Segundo Trelles e Allone (2006), o LED vermelho, usado após traumas de cirurgia plástica, diminui o tempo de resolução dos efeitos secundários como eritema, edema e hematomas, em metade do tempo a um terço, por sua efetiva ação anti-inflamatória. A dose da irradiação ou densidade de energia é um dos mais importantes parâmetros da terapia a laser. A fototerapia pode ser estimulante ou inibitória, dependendo da dose usada (Pinheiro & Gerbi, 2006).

Segundo vários pesquisadores a irradiação com luz não coerente tem custo inferior e tem demonstrado eficácia similar a dos lasers. Outros autores obtiveram resultados satisfatórios em seus estudos e sugerem efeitos benéficos adquiridos com o LED (Esper, 2010). Desta forma, atualmente os LEDs estão sendo introduzido comercialmente como uma alternativa para as terapias que utilizam laser de baixa intensidade sobre o controle do edema (Vinck et al., 2003).

3 METODOLOGIA

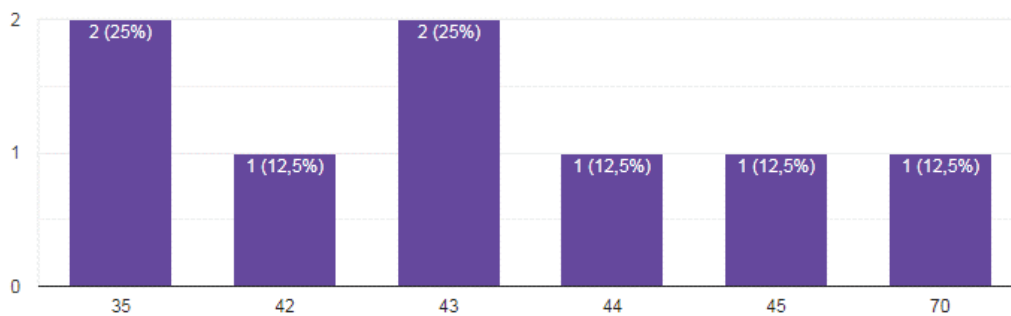
Para o cumprimento do objetivo da pesquisa foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática em destaque em livros e periódicos. Foram considerados para análise artigos nos idiomas português, espanhol e inglês. Os textos foram analisados a fim de obter informações consistentes no que diz respeito à atuação do esteticista no processo de tratamentos realizados no pré e pós de abdominoplastia. Foi realizada uma análise de títulos e resumos para obtenção de artigos potencialmente relevantes para a revisão. Para critério de inclusão, os artigos deveriam relacionar-se a cirurgia plástica de abdominoplastia e lipoaspiração, modalidades estéticas de forma geral e seus efeitos no tratamento do pré e pós-operatório. Foram excluídos os artigos que não se referiam ao assunto pesquisado ou que não havia disponibilidade de referência.

Este artigo também é qualitativo e descritivo. Caracteriza-se por um estudo de prevalência realizado com um grupo de oito pacientes do sexo feminino que previamente foram submetidas a uma cirurgia de abdominoplastia, na cidade de Belo Horizonte Minas Gerais. O primeiro contato foi realizado por telefone para agendamento do envio do questionário. Todas aceitaram participar da pesquisa. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado e investigativo sobre o pré e pós-operatório da abdominoplastia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

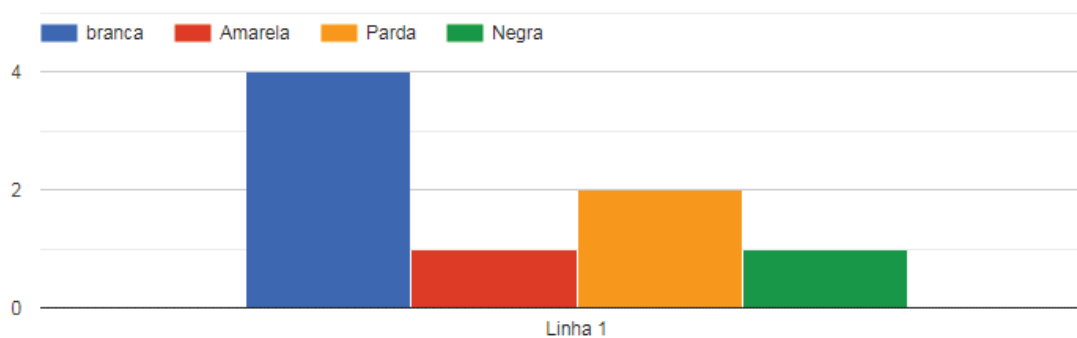
Abaixo estão relacionados os gráficos referentes às repostas fornecidas pelas entrevistadas que serão discutidos no próximo subtópico.

Figura 5: Faixa etária



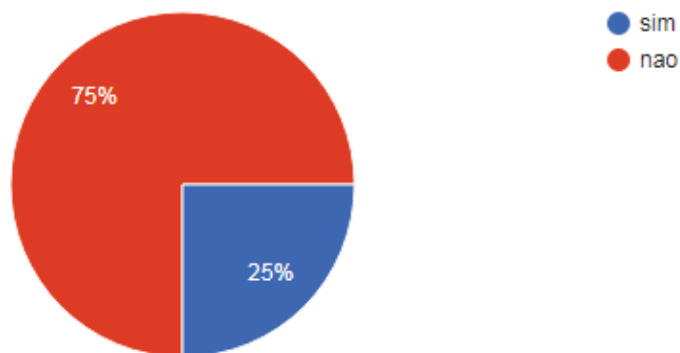
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 6: Informação de Etnia



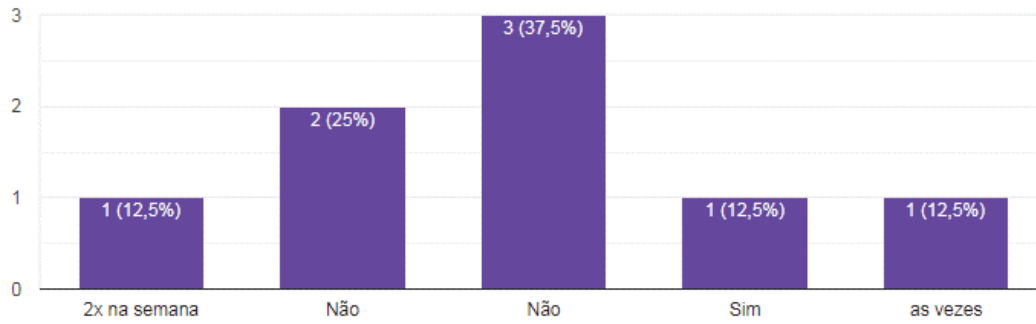
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 7: Informação de Tabagismo



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 8: Informação de consumo de bebida alcoólica



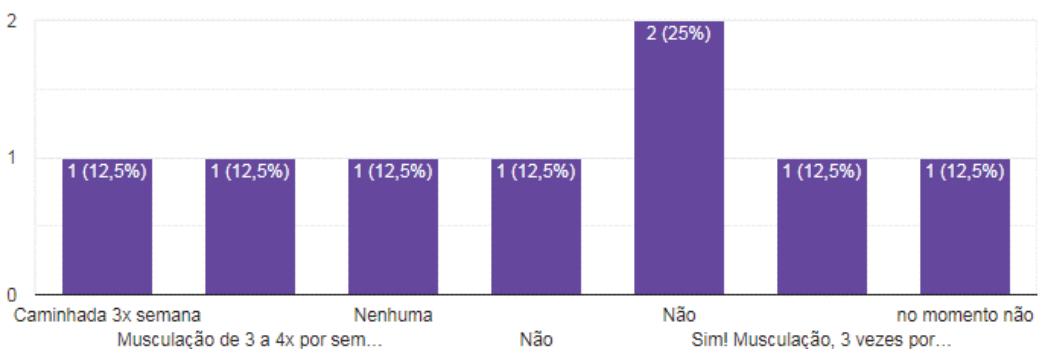
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 9: Fator que a levou a fazer uma abdominoplastia



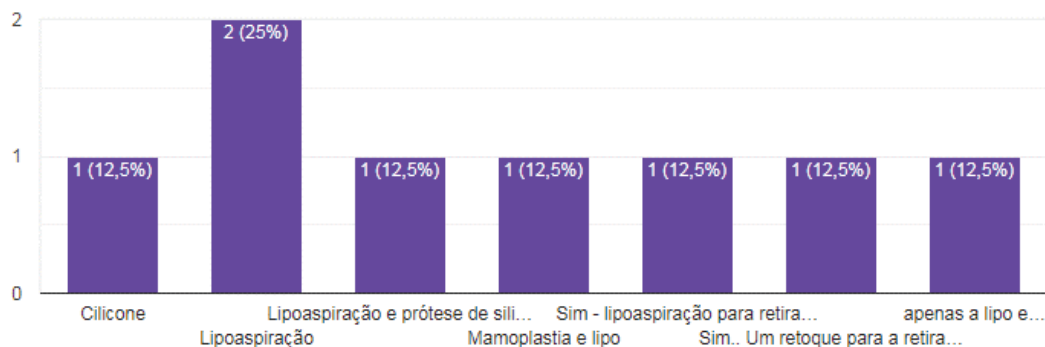
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 10: Prática de atividades físicas



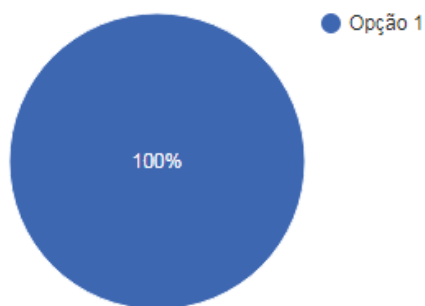
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 11: Procedimentos associados à abdominoplastia



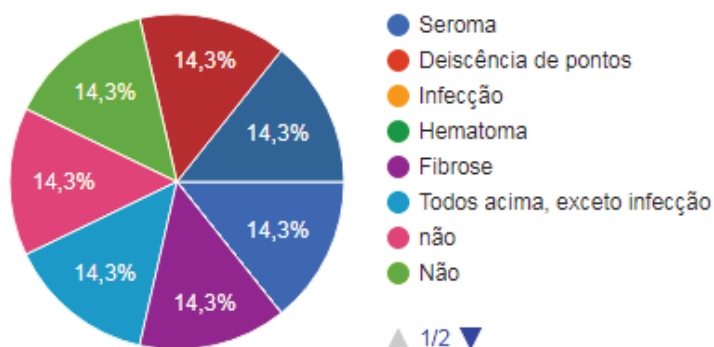
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 12: Atuação do esteticista



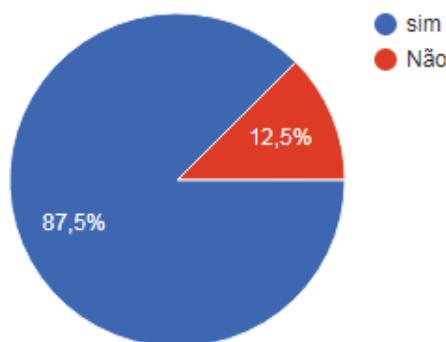
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 13: Intercorrências pós-operatório



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 14: Satisfação final



Fonte: Dados da pesquisa

4.1 Análise Crítica dos Resultados

A partir do questionário enviado as entrevistadas de forma eletrônica, foi possível quantificar que um total de oito pacientes do sexo feminino se dispusera a responder todos os questionamentos, dentre elas, duas com 35 anos, uma com 42 anos, duas com 43 anos, uma com 44 anos, uma de 45 anos e uma de 70 anos. Quatro são caucasianas, uma amarela, duas pardas, e uma negra.

Vieira e Netz (2012) menciona que o Brasil está classificado como o segundo no mundo, em número de cirurgias plásticas.

Após indagar sobre o consumo do cigarro, somente duas afirmaram que possuem o hábito de fumar diariamente. Manassa (2003) afirma que o hábito de fumar aumenta consideravelmente o risco de infecções, que é explicado pela vasoconstrição causada pelos componentes do cigarro alterando a microcirculação cutânea, diminuem a imunidade e podem causar necrose nos tecidos e seroma oculto.

Gempeli e Mendes (2019) e Manassa, Hertl e Olbrisch (2003), ainda corroborando com a ideia, afirmam o tabagismo e o principal fator de risco para o aparecimento de complicações pós operatórias o que triplica as chances de desenvolver necrose cutânea,

eles aconselham que o paciente deve abandonar o hábito de fumar pelo menos dois meses antes do procedimento cirúrgico.

Perguntamos a respeito do consumo de bebidas alcoólicas, e dentre elas, somente uma mencionou fazer uso de bebidas alcoólicas duas vezes por semana, uma afirmou fazer uso de vez em quando, restando cinco que afirmaram não fazer uso de álcool.

De acordo com Heinberg, Ashton e Coughlin (2012) nos últimos anos, alguns relatos levantaram a hipótese de que os indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade poderiam estar com o risco aumentado para as complicações após a operação.

Em nossa pesquisa todas as oito participantes afirmaram ter optado pela abdominoplastia por vontade própria, não havendo prévia indicação médica. Para Santos, Cândido e Silva (2013), no início do século XIX, houve mudanças no padrão estético de beleza, as pessoas procuram mais intervenções cirúrgicas por ser um método rápido, eficaz e sem tanto esforço.

Vieira e Netz (2012) afirmam que a mídia é a responsável por propor um “padrão de beleza”. As cirurgias plásticas, quando realizadas com indicações pertinentes, podem proporcionar transformações, ajudando as

peças a melhorarem sua autoestima e com isso a qualidade de vida.

Borges (2006) mencionou que a abdominoplastia é indicada para pacientes com moderada ou acentuada flacidez cutânea associada à lipodistrofia localizada ou generalizada, com ou sem hérnias da parede abdominal, com o objetivo de restabelecer o contorno corporal, eliminando o excesso cutâneo e o tecido adiposo, quando possível; e corrigir a flacidez muscular e eventuais hérnias. Está contraindicada quando houver flacidez tecidual mínima, em pacientes com alterações pulmonares, diabetes e grandes tabagistas por existir risco de necrose tecidual.

Souza (2009) afirma que as complicações pós-operatórias poderão ser evitadas, na grande maioria dos casos, pela correta indicação da cirurgia e pelo respeito aos princípios técnicos que a norteiam, associados também com os cuidados específicos, que devem ser tomados tanto no pré, inter e pós-operatório, tanto pelo médico quanto pela equipe multidisciplinar que geralmente está acompanhando o paciente

No que se referem a prática da atividade física, quatro afirmaram praticar três vezes por semana, e quatro mencionaram não realizar nenhum tipo de atividade, se enquadrando como sedentárias. A respeito do tempo decorrido desde a cirurgia, quatro mencionaram ter sido realizada a menos de um ano, duas a quatro anos, uma a 12 anos e uma a 15 anos.

A pesquisa realizada revelou que todas foram submetidas a algum procedimento associado à abdominoplastia, sendo duas com próteses mamária e lipoaspiração e seis com a lipoaspiração.

Sousa (2010) dizem que a abdominoplastia pode estar associada a uma lipoaspiração, com a intenção de proporcionar retirada de excesso de gordura através de finas

cânulas, permitindo uma redefinição global do tronco.

De acordo com as entrevistadas, duas não tiveram nenhuma recomendação médica pré-operatória e seis tiveram recomendações médicas pré-operatórias, como perda de peso, exames laboratoriais, não fazer uso de cigarro ou bebida alcoólica e jejum de 12 horas antes da cirurgia. Dessas seis pacientes uma destacou a recomendação médica de fazer seis sessões de Drenagem linfática antes da cirurgia.

Após a realização da cirurgia de abdominoplastia as recomendações médicas repassadas as pacientes foram de repouso por 30 dias, uso de anti-inflamatório e medicamento para alívio da dor, dormir de decúbito dorsal, andar ligeiramente curvada para frente por 15 dias, uso de cintas e início da Drenagem linfática com no mínimo quinze sessões.

De acordo com Borges (2006), após a intervenção cirúrgica recomenda-se: - O uso da cinta elástica no período de 45 a 60 dias; 9 - Repouso de 24 a 48 horas, até que os drenos sejam retirados; - Andar com o tronco ligeiramente curvado; - Evitar atividades que necessitam de esforço físico. Fontoura (2007) mencionou que estas recomendações são importantes para o próprio bem-estar do indivíduo e a sua correta recuperação

No que se refere à drenagem linfática, pode-se observar que as participantes relataram:

- uma afirmou que realizou apenas uma sessão;
- uma afirmou que realizou cinco sessões;
- uma afirmou que realizou onze sessões;
- uma afirmou que realizou quinze sessões;
- duas outras afirmaram que realizaram vinte sessões cada;
- uma afirmou que realizou quarenta sessões;

- dentre as oito participantes, apenas uma não utilizou aparelho de ultrassom, e uma utilizou tanto ultrassom quanto a radiofrequência.

Ao que foi possível analisar somente duas não mencionaram sofrer nenhuma intercorrência no pós-operatório, uma afirmou ter sofrido várias intercorrências, somente não teve infecção, e as outras cinco pacientes tiveram todas as intercorrências mais conhecidas, como fibrose, infecção, deiscência de pontos e seroma. Devido as intercorrências foi necessário que 2 das 8 mulheres ficassem afastadas por um período maior que 30 dias, uma retornou ao trabalho após quarenta e cinco dias e a última retornou após sessenta dias.

Guirro e Guirro (2012), Borges (2006), Janete, Janete e Barbosa (2005) e ainda Soares, Soares e Soares (2005) relataram como complicações pós-operatórias como hematoma, infecção, deiscência, irregularidades, depressões, aderências, edema, fibroses, cicatrizes mal posicionadas, cicatrizes hipertróficas e queloidianas, equimose, necrose, seroma, depressões e excessos cutâneos. São situações que podem variar de acordo com cada cirurgia e a técnica aplicada. Tais complicações poderão ser evitadas, na grande maioria dos casos, pela correta indicação da cirurgia e pelo respeito aos princípios técnicos que a norteiam, associados também com os cuidados específicos, que devem ser tomados tanto no pré, inter e pós-operatório, tanto pelo médico quanto pela equipe multidisciplinar que geralmente está acompanhando o paciente (Souza, 2009).

Os procedimentos estéticos segundo relato de três das entrevistadas foram feitos por enfermeiras da equipe médico que realizou a cirurgia de abdominoplastia, e as outras cinco realizaram os procedimentos estéticos

com uma profissional esteticista. Todas afirmaram que os procedimentos estéticos foram primordiais para o restabelecimento da rotina diária.

Novos protocolos de tratamento vêm sendo utilizados na tentativa de reduzir as complicações citadas anteriormente. Dentre os recursos utilizados nestes protocolos, podemos citar os recursos manuais (drenagem linfática manual - DLM e massagem manual), cinesioterapia, ultrassom, laser terapêutico, os eletroterápicos como: estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), radiofrequência, a vacuoterapia, a crioterapia, a fototerapia, a termoterapia, o uso dos Leds, entre outros (Guirro & Guirro, 2012; Borges, 2006; Tacani & Cervera, 2004; Agne & Jones, 2009; Prentice, 2004).

Segundo Godoy, Godoy & Godoy (2011) a drenagem linfática manual constitui em um dos grandes pilares do tratamento do linfedema e contribui para transformar a abordagem clínica na principal forma de tratamento

O ultrassom (US) na frequência de 3MHz é bastante utilizado na fase inflamatória, atua estimulando o reparo tecidual sendo que seu efeito benéfico tem sido demonstrado sobre diversos tecidos destacando-se o aumento da angiogênese, do tecido de granulação, do número de fibroblastos e da síntese de colágeno, além da diminuição de leucócitos e macrófagos. Existem evidências que demonstram a eficácia do US nas diferentes fases do reparo. Sua utilização no PO de cirurgia plástica auxilia na reabsorção de hematomas, reduzindo as chances de formação fibrótica, previne a formação de cicatrizes hipertróficas e queloides, e ainda melhora a nutrição celular, reduzindo o edema e a dor, conseqüências da melhora da circulação sanguínea e linfática (Silva, 2012).

O US proporciona através de seus efeitos térmicos e não térmicos o aumento da

velocidade de reparo dos tecidos e cura das lesões, aumento do fluxo sanguíneo, aumento da extensibilidade do tecido, dissolução dos depósitos de cálcio e redução da dor, por meio da alteração da condução nervosa e alterações da permeabilidade da membrana celular. Além dos benefícios já citados, a reabsorção de hematomas estimulada pelo US é fundamental na primeira fase do tratamento PO evitando que fibroses se instalem como consequência (Silva, 2012)

De modo geral sete pacientes afirmaram que ficaram satisfeitas com o resultado final da abdominoplastia.

4.2 Reflexão sobre atuação do esteticista no pré e pós-operatório

A estética funcional é fundamentada em uma sólida base científica sendo uma forte contribuinte tanto no pré quanto no pós-operatório, prevenindo ou tratando as respostas advindas das intervenções cirúrgicas, e apesar de seu papel ter início no pré-operatório, sua atuação torna-se fundamental no pós-cirúrgico (Guirro & Guirro 2012; Milani, 2006; Coutinho, Dantas, & Borges, 2006).

Embora pareça desnecessário para alguns cirurgiões, o atendimento estético antes da cirurgia plástica é de extrema importância na reabilitação do paciente operado. A presença de fibroses pós-operatórias de cirurgias anteriores também pode interferir no resultado da cirurgia e devem ser preferencialmente tratadas no pré-operatório. A presença de alterações circulatórias como edemas, linfedemas e fibro edema gelóide deve ser identificada no pré-operatório para conscientização do paciente de que nem todas as afecções estéticas serão tratadas com a cirurgia e de que será necessário

um tratamento pré e pós-operatório complementar (Coutinho, Dantas, & Borges, 2006).

O pré-operatório funciona também como orientação para o paciente. É o momento de preparo para a cirurgia, e onde se conhece suas limitações e inicia-se o plano de tratamento pós-cirúrgico (Coutinho, 2006). O papel do esteticista tem início no pré-operatório, visando uma recuperação cirúrgica mais rápida, eficiente e funcional (Macedo & Oliveira, 2010).

A estética apresenta importante atuação nas abdominoplastias. Durante a fase pré-operatória, iniciamos o trabalho de drenagem linfática, com o objetivo de prevenir episódios de linfedema complexos no pós-operatório, comum principalmente nas dermolipectomias totais do abdome. A manipulação de tecido conjuntivo e de grande importância, promovendo mobilidade a pele em seus planos mais profundos e facilitando o seu descolamento durante o ato cirúrgico. A região periumbilical também merece ser manipulada para ativação e incremento a circulação periférica, com o objetivo de prevenir possíveis fibroses (Guirro & Guirro, 2012).

Ressalte-se que o esteticista atuará, no pré-operatório, prevenindo a formação das aderências, principal fator agravante no pós-operatório, pois estas aderências impedem o fluxo normal de sangue e linfa, aumentando ainda mais o quadro edematoso, retardando a recuperação

No pós-operatório é importantíssimo para o paciente que ele seja encaminhado ao tratamento na fase imediata. A formação do esteticista lhe permite identificar o tipo e a profundidade dos tecidos envolvidos, determinar o estágio da cicatrização e reconhecer as contraindicações ao uso das modalidades de tratamento. Além do mais, poderá priorizar os problemas, estabelecer as metas e

planejar o tratamento de forma a alcançar o melhor resultado possível (Borges, 2006).

A estética fundamentada em conceitos científicos sólidos muito tem contribuído tanto no pré como no pós-operatório, prevenindo e/ou tratando as respostas advindas das intervenções cirúrgicas, possibilitando ainda a diminuição da ansiedade pós-operatória (Guirro & Guirro, 2012). Visto que o esteticista possa avaliar e eleger os métodos que possam auxiliar o tratamento pré e pós-operatório de cirurgia plástica, será possível o entendimento de todo o processo de interação entre o esteticista e o cirurgião plástico, visando em minimizar intercorrências e concorrer para uma boa evolução pós-operatória (Macedo & Oliveira, 2010).

Infere-se que cada vez mais os esteticistas estão montando suas próprias equipes ou fazendo parte de equipes lideradas por médicos. A estética está cada vez mais em evidência na sociedade, a cada dia novos cursos de especialização e aperfeiçoamento profissional surgem no mercado de capacitação profissional nessa área, preparando o profissional para atuarem nos três níveis de atenção à saúde, por meio de medidas preventivas, restauradoras e reabilitadoras e fornecem uma formação acadêmica com visão multiprofissional (Araújo & Cabral, 2011).

Num estudo de Milani, João e Faráh (2006) concluíram que há na literatura científica embasamento para justificar a escolha dos diversos recursos utilizados nas patologias englobadas pela fisioterapia dermatofuncional. Por outro lado, pesquisas relatam que muitos pacientes submetidos a cirurgia plástica não são encaminhados ao tratamento pré e pós-operatório com o fisioterapeuta ou são encaminhados em fases muito tardias, o que pode levar a resultados poucos satisfatórios (Macedo & Oliveira, 2010).

5 CONCLUSÕES

Ao se optar por realizar uma cirurgia plástica, é necessário que a pessoa tenha consciência dos cuidados que devem ser tomados no pós-operatório e de possíveis complicações que podem ocorrer nesse período. Faz-se necessária toda uma preparação física, mental e emocional. Percebe-se que o paradigma reabilitador também se aplica aos pacientes que se submetem as abdominoplastias. No entanto, se houver disponibilidade de atenção durante o pré-operatório, é possível informar, prevenir e orientar o paciente assim como seus familiares, sobre os cuidados indispensáveis no período pós-operatório imediato, tais como, cuidados com a incisão, importância de repouso e os esclarecimentos de possíveis dúvidas que o paciente tenha nesse momento.

Visto que o esteticista possa avaliar e eleger os métodos que possam auxiliar o tratamento pré e pós-operatório de abdominoplastia, será possível o entendimento de todo o processo de interação entre os esteticistas e cirurgiões plásticos, visando a minimizar intercorrências e concorrer para uma boa evolução pós-operatória. O papel do esteticista tem início no pré-operatório, visando uma recuperação cirúrgica mais rápida, eficiente e funcional.

Na atualidade, há um crescimento das cirurgias plásticas no país e a tomada de decisão por tal procedimento, faz com que seja necessário o esclarecimento prévio das técnicas adotadas e as possíveis complicações pós-operatórias. O esteticista desempenha um importante papel no tratamento pré e pós operatório de abdominoplastia, prevenindo e/ou minimizando complicações comuns dessa cirurgia. Para que o tratamento seja efetivo, o esteticista tem que conhecer e entender as fases da cicatrização e suas características clínicas.

A partir do estudo realizado, existem vários recursos estéticos que podem ser usados no tratamento, porém a drenagem linfática foi a mais citada. É necessário que sejam realizados novos estudos sobre o tema e, como sugestão de nova pesquisa, sugere-se uma

pesquisa de caráter longitudinal, comparando os resultados no curto, médio e longo prazos de pessoas que realizaram esta cirurgia e utilizaram a drenagem linfática ao longo do período pós-operatório.

R E F E R Ê N C I A S

- Agne**, Jones Eduardo. (2009). *Eu sei Eletroterapia*. Palloti, 2009.
- Angelim**, D. (2010). Radiofrequência x Fibrose. *Informativo Beauty.v.2*, n.5, junho 2010.
- Araújo APS & Cabral ML** (2001). Fisioterapia Dermatofuncional: um perfil dos cursos de pós-graduação do estado do Paraná.VII Encontro Internacional de Produção Científica-EPOC. Paraná.
- Baroudi R. J., Keppke, E. M., & Tozzi Netto, F.** (2000) Abdominoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*; 54:161.
- Borges, F.S.** (2006). *Dermato-funcional: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas*. São Paulo: Phorte.
- Borges, Fabio.** (2010) *Modalidades terapêuticas para disfunções estéticas*. 2.ed. São Paulo: Editora Phorte, 2010.
- Cardoso E** (2013) *Drenagem linfática: recurso indispensável na estética*. *Personalité*; 6(27): 48-9.
- Castañares S,& Goethel A.J.** (2007). Abdominal lipectomy: A modification in technique. *Plast. Reconstr. Surg.* 40:378.
- Coutinho, M. M., Dantas, R. B., Borges, F.S,& Silva, I.C.** (2006). A importância da atenção fisioterapêutica na minimização do edema nos casos de pós-operatório de abdominoplastia associada a lipoaspiração de flancos. *Rev.Fisiot.Ser.*;1(4): 1-8.
- Dardour, J.C.,& Vilair, R.**(2008). Alternatives to the classic abdominoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 61:291.
- Deterling, L.C. et al.** (2010). Benefícios do laser de baixa potência no pós cirúrgico de cirurgia plástica. *Revista Augustus*. V.14, n.29, p. 45-53, 2010.
- Elwing, A.; Sanches, O.** (2010). *Drenagem Linfática Manual: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Editora Senac.
- Esper, M. A. L. R.** (2010). Análise comparativa do efeito da terapia com laser ou LED de baixa potência durante o movimento ortodônico – Estudo Clínico. 2010. 79f. *Dissertação (Mestrado em Bioengenharia)* – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Paraíba.
- Evans, Gregory R. D.** (2007). Cirurgia plástica estética e reconstrutora. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.
- Garcia P.G., Garcia F.G., & Borges F.S.** (2006) O uso da eletrolipólise na correção de assimetria no contorno corporal pós-lipoaspiração: relato de caso. *Revista Fisioterapia Ser.* ano1. n. 4. out/nov/dez.
- Gemperli, R., & Mendes, R.R.S.** (2019) Complicações em abdominoplastia. *Rev. Bras. Cir. Plást.*;34(0):53-56
- Gogdoy, M.F.G.; Godoy, A.C.P., & Godoy** (2011). *Imp. Drenagem linfática global: conceito*. São Paulo: THS.
- Guirro, E. & Guirro, R.** (2012). *Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos e patologias*. 3ª ed. São Paulo: Manole.
- Hakme, F.** (2003). Abdominoplasty: Peri and supra-umbilical lipectomy. *Aesth. Plast. Surg.* 7:213.
- Hardy, K.L., Davis K.E., Constantine, R.S., Chen, M., Hein, R.,& Jewell, J.L.** (2014) The impact of operative time on complications after plastic surgery: a multivariate regression analysis of 1,753 cases [Internet]. *Aest Surg J.* 2014; 34:614-22.
- Heinberg LJ, Ashton K, Coughlin J.** (2012). Alcohol and bariatric surgery: review and suggested recommendations for assessment and management. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(3):357-63.
- Hensel, J.M., Lehman, J.A., Prasad Tantri M., Parker, M.G., Wagner, D.S., Topham N. S.** (2001). An outcomes analysis and satisfaction survey of 199 consecutive abdominoplasties [Internet]. *Ann Plast Surg.* 2001; 46:357-63.
- Jaimovich C.A.** (2004). Sistematização em Abdominoplastias. In: Tournieux, A.A.B., *Atualização em Cirurgia Plástica e Estética*. São Paulo: Robe, 2004. p. 423.
- Janete, P.R.S; Janete M.C.V.; Barbosa, A.L.M.** (2005).

- Abdominoplastia: Experiência clínica, complicações e revisão de literatura. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2005;20(2):65-71.
- L**acrimanti LM; Oliveira A, Andrea L; Bianca M; et al. (2008). *Cirurgia plástica. Curso didático de estética*, v. 2, São Caetano do Sul SP: Yendis Editora. p. 321 a 345
- L**ange, Ângela. (2012). *Drenagem linfática manual no pós-operatório das cirurgias plásticas*. Curitiba-PR: Vitoria gráfica e editora.
- L**ow, John; & Reed, Ann. (2001). *Eletroterapia Explicada: Princípios e prática*. 1. Ed. São Paulo: Manole.p. 17-23.
- M**acedo, A.C.B. & Oliveira, S.M. (2010) A atuação da fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia plástica corporal: uma revisão de literatura. *Cadernos da escola de saúde*. Curitiba;4(1):185-201.
- M**anassa EH, Hertl CH, & Olbrisch R-R (2003). Wound healing problems in smokers and nonsmokers after 132 abdominoplasties [Internet]. *Plast Reconstr Surg*. 2003; 111:2082-7.
- M**atarasso, A., Swift, R.W., & Rankin M. (2006). Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. *Plast Reconstr Surg*. 2006 May; 117(6):1797-808.
- M**auad, R., Naressi, M.S.C.H., & Banzato S.G.A. (2011) *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório*. São Paulo: Editora Senac; 2011.
- M**ezzalira, J.F, I G (2007) . *Laserterapia de baixa intensidade revisão de Literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)*. Universidade São Francisco curso de Fisioterapia. Bragança Paulista- São Paulo.
- M**igotto, J.S., & Simões, N. (2013). Atuação fisioterapêutica dermatofuncional no pós-operatório de cirurgias plásticas. *Rev. Eletrônica Gestão & Saúde*. UNB n 1. 2013.
- M**ilani, G.B. et al. (2006). *Fundamentos da fisioterapia dermatofuncional: revisão de literatura*. [S. L.], v. n., p. 37-43, 2006.
- M**ilani, G.B., João S.M.A., & Farah, E. (2006). Fundamentos da fisioterapia dermatofuncional: uma revisão. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2006;13(1):37-43
- M**urshid, M., Khalid, K.N., Shakir A., & Bener, A. (2010). Abdominoplasty in obese and in morbidly obese patients [Internet]. *J Plast, Reconstr & Aest Surg*. 2010; 63:820-5.
- N**eaman, K.C. et al. (2013). Outcomes of traditional cosmetic abdominoplasty in a community setting: a retrospective analysis of 1,008 patients. *Plast Reconstr Surg*. 2013; 131:403e-10e.
- O**liveira, Everaldo A. et al. (2008). Prevenção do seroma nas abdominoplastias associadas a lipoaspiração e sem drenagem ativa. *Ver. Soc. Bras. Cir. Plást*. V. 23, n.1,p. 41-7, 2008.
- P**ccinini, Aline Martinelli et al. (2009). Redução do edema em membros inferiores através da drenagem linfática manual: um estudo de caso. *Rev. Inspirar*. Curitiba, V. 1,n.2, set. 2009.
- P**ereira, M. F. L. et al. (2013). *Recursos Técnicos em Estética*. v. 1 e 2. São Caetano do Sul, SP: Difusa Editora.
- P**inheiro, A.L.B., & Gerbi, M.E. (2006). Photoengineering of bone repair processes. *Photomed Laser Surg*. V.24, n.2, p 169-178, 2006.
- P**rentice, W.E. (2004). *Modalidades Terapêuticas para Fisioterapeutas*. Artmed,31-40
- R**ibeiro, L.B. (2006). A anatomia da diferença: corpo, gênero e subjetividade na experiência da cirurgia plástica estética. *Revista Ártemis*, v. 4, p. 1-14, 2006.
- R**ogliani, M., Silvi, E., Labardi, L., Maggiulli, F., & Cervelli, V. (2006). Obese and nonobese patients: complications of abdominoplasty. *Ann Plast Surg*. 2006 Sep; 57(3):336- 8.
- S**amra, S., Sawh-Martinez, R., Barry, O., Persing, J. A. (2010). Complication rates of lipoabdominoplasty versus traditional abdominoplasty in high-risk patients [Internet]. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 125:683-90.
- S**antos, L. P., Cândido. R. C. P. G., & Silva, K. C. C.. (2013). Fisioterapia dermatofuncional no pós-operatório de abdominoplastia: revisão da literatura. *Revista Amazônia Science & Health*. INSS 2318-1419.
- S**dregotti, A., Souza, L., & de Paula, V. (2009). A importância da atuação do tecnólogo em estética. (*Monografia*). Santa Catarina: Univali, 2009. Disponível em: < <http://siaibib01.univali.br/pdf/Amanda%20Lussoli%20Sdregotti%20e%20Danubia%20Ode%20Souza.pdf>>. Acesso em 02 out. 2019.
- S**oares, L.M.A., Soares, S.M.B., & Soares, A.K.A. (2019). Estudo comparativo da eficácia da drenagem linfática manual e mecânica no pós-operatório de dermolipectomia. *RBPS* 2005; 18(4): 199-204. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/944>>. Acesso em 12 out. 2019.
- S**ouza Pinto, E.B., Erazo, P.J., Muniz, A.C., & Abdalla, P. (2009). *Técnicas cirúrgicas*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter.
- T**acani, R.E., & Cervera, L. (2004). *Técnicas Manuais. Tratado de Medicina Estética*. São Paulo: Roca; 2004.1881-1916.

- T**acani, R., & Tacani, P. (2008). Drenagem linfática manual terapêutica ou estética: existe diferença? *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano III, nº 17, jul/set 2008.
- T**relles, A.M., & Allone, E.M. (2006). Red light-emitting diode (LED) therapy accelerates wound healing post-blepharoplasty and periocular laser ablative resurfacing. *J Cosmet Laser Ther*. V.8, n.1, p. 39- 42, 2006.
- V**ieira, T, & Netz, D. J. A. (2012). Formação da fibrose cicatricial no pós-cirúrgico de cirurgia plástica e seus possíveis tratamentos: artigo de revisão. (Monografia). Santa Catarina: Univali, 2012. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Tauana%20Sofia%20Vieira.pdf>>. Acesso em 12 out. 2019.
- V**inck et al. (2003). Increased fibroblast proliferation induced by light emitting diode and low power laser irradiation. *Laser in Medical Science*. V.18, n.2, p. 95-99, 2003.
- V**oloszin, M. (2013). Ação da microcorrente na cicatrização de uma abdominoplastia: um estudo de caso com um paciente em tratamento pós-operatório. (Monografia). Santa Catarina: Univali, 2013. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Betina%20Zanella,%20Suelen%20Ruckl.pdf>>. Acesso em 02 out. 2019.
- W**inocour, J., Gupta, V., Ramirez, J.R., Shack, R.B., Grotting, J.C., & Higdson, K.K. (2015). Abdominoplasty: Risk factors, complication rates, and safety of combined procedures. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Nov; 136(5):597e-606e.
- Y**amaguchi, Charles, & Sanches, Orlando. (2003). Rejuvenescimento facial.in: Mauad, Raul. *Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós operatório*. 2.ed. São Paulo: Ed. Senac, 2003.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Todas as questões abaixo referem-se ao pré e pós operatório de abdominoplastia

1. Nome:
2. Idade:
3. Etnia: Branca, parda, amarela ou Negra
4. Você fuma: Sim ou Não
5. Você faz uso de bebida alcoólica? Com que frequência?
6. Você faz uso de bebida alcoólica? Com que frequência?
7. Pratica atividades físicas? Quais? E com que frequência?
8. A quanto tempo você fez a abdominoplastia?
9. Fez algum outro procedimento associado a abdominoplastia? Quais?
10. Quais as recomendações médicas antes de realização da abdominoplastia?
11. Após a cirurgia, quais as recomendações médicas e medicamentos utilizados?
12. O médico lhe recomendou algum procedimento estético como a drenagem linfática após a cirurgia? Quais outros?
13. Quantas sessões você fez de Drenagem linfática? Quantas vezes por semana?
14. Ao realizar os procedimentos estéticos, fez uso de algum aparelho (ultrassom, radiofrequência e etc.) durante o tratamento? Quais?
15. Qual o profissional que realizou este atendimento no seu pré e pós operatório?
16. Acredita que atuação do profissional, no seu pré e pós-operatório, foi primordial para o restabelecimento da sua rotina diária?
17. Houve alguma intercorrência no pós-operatório?
18. Ficou satisfeita com o resultado da cirurgia?